



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ

Мансур Толибов Махмудович
Вохидов Жахонгир Жамshedович

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Согласно статистическим данным 96% мужчин и 79% женщин с возрастом сталкиваются с проблемой повышенного выпадения волос. В норме человек ежедневно теряет до 100 волос, а потеря большего количества волос является патологией и ведет к развитию облысения.

Прежде чем говорить о причинах выпадения волос, кратко остановимся на физиологических аспектах жизненного цикла волоса. Волос состоит из видимой части (стержня) и корня, располагающегося в специальном вместилище в коже, которое вместе с корнем и называется волосяным фолликулом (волосяной луковицей). На голове у человека находятся 100 000—150 000 фолликулов, в которых происходит рост волоса. Различают три стадии роста волоса: 1) анаген — фаза роста, в эту фазу идет непрерывный рост волоса; 2) катаген — фаза деградации, в это время рост волоса останавливается, волосяной фолликул «впадает в спячку». Волосяная луковица постепенно отсоединяется от волосяного сосочка. Длительность фазы: 3—4 недели; 3) телоген — фаза отдыха, в период которой отделившийся от корня волос продвигается к поверхности и выпадает. Фолликул готовится к производству нового волоса. Длительность фазы составляет 2—4 месяца. Нормальная потеря телогенных волос — 50—80 штук в день. В пределах нормы примерно 80—90% волос находятся в фазе роста (анагене), 1—2% — в фазе деградации (катагене) и около 10—15% — в фазе отдыха (телогене). Алопеция (от греч. *alopex* — лиса: выпадение волос, как у линяющей лисы) — полное или частичное выпадение или поредение волос, чаще на голове, реже на других частях тела. Алопеция является полиэтиологическим заболеванием. Определенную роль в развитии облысения играют функциональные нарушения нервной системы, эндокринные заболевания, очаги хронической инфекции, изменения иммунного статуса, генетические факторы, нарушения периферической сосудистой системы и церебральных сосудов, дисбаланс микроэлементов, изменения реологических свойств крови и др. В настоящее время не существует единой классификации алопеций. В первую очередь различают две большие группы: рубцовую, при которой образуется рубец с полностью или частично атрофированными волосяными фолликулами, и нерубцовую, при которой волосяные фолликулы не атрофируются, теоретически возможно возобновить рост волос на месте выпавших, но практически это не всегда выполнимо. К рубцовой алопеции могут привести: дефекты развития и наследственные расстройства (аплазия кожи, гемиатрофия лица, эпидермальный неvus, гематомы волосяных фолликулов и др.); физические повреждения (механические, термические, лучевые); инфекции: грибковые



(инфильтративно-нагноительная трихофития, фавус); бактериальные (туберкулез, сифилис, карбункул, фурункул и др.); протозойные (лейшманиоз); вирусные (опоясывающий лишай, ветряная оспа); новообразования (плоскоклеточный рак, сириногома и др.); дерматозы различного генеза (красная волчанка, склеродермия, липоидный некробиоз, саркоидоз, псевдопелада Брока, фолликулит Гоффманна, синдром Литтла—Лассюэра и др.). Псевдопелада Брока чаще наблюдается в среднем возрасте (35—40 лет), преимущественно у женщин, хотя может развиваться и в детском возрасте. Процесс начинается с появления небольших очагов облысения в теменной или лобной областях. Кожа этих участков слегка гиперемирована, устья волосяных фолликулов отсутствуют, развивается выраженная атрофия всех слоев кожи, в центре очагов иногда можно обнаружить единичные, не измененные на вид длинные волосы, на рубцах не бывает шелушения или корок. В большинстве случаев заболевание отличается длительным необратимым течением, иногда в течение 2—3 лет может развиваться тотальная рубцовая алопеция. На непораженных участках волосы обычно не изменены, но легко удаляются по периферии очагов. Гистологически в свежих очагах обнаруживают умеренный, преимущественно перифолликулярный инфильтрат из лимфоцитов, располагающийся вокруг средней трети фолликула волоса. В поздней стадии в дерме отмечается значительный фиброз. Второй по частоте вид рубцовой алопеции — абсцедирующий подрывающий фолликулит Гоффманна. На голове возникают множественные глубокие и поверхностные абсцессы. При заживании формируются грубые, нередко келоидные рубцы. Для синдрома Литтла—Лассюэра характерна триада симптомов: прогрессирующая рубцовая атрофия волосистой части головы (псевдопелада); выпадение волос в подмышечных ямках и на лобке (без клинических признаков атрофических рубцов); фолликулярные папулы по типу папул красного плоского лишая на коже туловища. Заболевание чаще развивается у женщин в возрасте 30—70 лет. Гистологически выявляют резкое расширение и заполнение роговой пробкой мешочка волоса, у нижнего полюса которого выражен густой лимфоидный инфильтрат. Нерубцовая алопеция распространена значительно шире, чем рубцовая. К ней относятся диффузное (симптоматическое) облысение, очаговое или гнездное облысение (*alopecia areata*) и облысение мужского типа. По степени охвата зоны волосистой части черепа алопеция бывает полной или гнездной. Гнездная алопеция (круговидное облысение) — приобретенное выпадение волос в виде округлых очагов различной величины. Значительную роль в патогенезе заболевания играют нервно-трофические расстройства, возможно, с аутоиммунным компонентом, а также эндокринные заболевания и травмы головы. Процесс чаще локализуется на волосистой части головы, но может поражать область бороды, усов, брови, ресницы и другие участки кожного покрова. Очаги облысения первоначально имеют небольшие размеры (до 1 см в диаметре). В пределах очага кожа обычно нормальная, иногда может наблюдаться легкая гиперемия, которая постепенно регрессирует. На коже очагов можно разглядеть устья волосяных фолликулов. По мере развития процесса



очаги облысения растут по периферии, появляются новые, которые сливаются между собой с образованием крупных участков облысения с фестончатыми очертаниями. В окружности облысевших очагов имеется «зона расшатанных волос», в которой волосы у корня лишены пигмента и мозгового вещества, оканчиваются булавовидным утолщением в виде белой точки, легко и безболезненно выдергиваются. Они получили название «волосы в виде восклицательного знака». Отсутствие «зоны расшатанных волос» с волосами «в виде восклицательного знака» свидетельствует об окончании прогрессирования процесса и переходе его в стационарную стадию. Через несколько недель или месяцев в первоначальном очаге может возобновиться рост волос, в то же время не исключено появление новых очагов поражения. Вновь отрастающие волосы сначала тонкие и бесцветные, но постепенно восстанавливают свою структуру и окраску. Выделяют несколько форм гнездовой алопеции: 1) тотальная гнездовая алопеция чаще начинается в детском возрасте как очаговая алопеция, однако отмечается быстрое появление новых, сливающихся друг с другом очагов, что приводит к полному выпадению волос на голове, включая и лицо. Длительность развития полного облысения колеблется от 48 ч до 2—3 месяцев; 2) субтотальная форма гнездового облысения занимает около 50% всей поверхности головы, характеризуется медленным прогрессированием, появлением новых очагов с сохранением пушковых и коротких волос в краевой зоне и отдельных участков, где имеются тонкие, извитые, бесцветные единичные волосы или их группы, которые легко выпадают при потягивании за них. Нередко происходят разрежение наружной части бровей и частичное выпадение ресниц; 3) универсальная гнездовая алопеция — редкая форма, отличающаяся выпадением волос на всем кожном покрове. Она нередко сочетается с дистрофическими изменениями ногтей и сопровождается выраженным невротическим синдромом с вегетодистонией; 4) краевая форма гнездовой алопеции (офияз) — распространение облысения по краю волосистой части головы, чаще в области затылка и висков, при котором нередко наблюдается временное сохранение пушковых волос в краевой зоне с их полным выпадением в дальнейшем; 5) стригущая форма гнездовой алопеции (идиопатическая трихоклазия) чаще возникает у лиц с психическими нарушениями, характеризуется появлением в лобной и теменной областях участков, где волосы обломаны на расстоянии 1,0—1,5 см от поверхности кожи и легко удаляются при подергивании. Через несколько недель возможен спонтанный регресс. Гистологически при гнездовой алопеции выделяют маленькие волосяные сосочки, луковицы располагаются на небольшой глубине. Стержень волоса тонкий, полностью не кератинизирован. Вокруг измененных волос располагается соединительная ткань, сосуды облитерируются. В старых очагах увеличено число редуцированных волосяных фолликулов, но большинство из них сохраняют способность к образованию волос. По клиническим особенностям и происхождению алопецию подразделяют на врожденную, симптоматическую, токсическую, себорейную, преждевременную. Врожденная алопеция обусловлена



эктомезодермальной дисплазией, может проявляться как самостоятельное заболевание или быть составной частью комплексной патологии, сочетаясь с различными дисплазиями. В основе врожденного облысения лежит частичное или полное отсутствие волосяных фолликулов (гипотрихоз). Симптоматическая алопеция является осложнением тяжелых общих заболеваний: острых и хронических инфекций, например сифилиса и болезней соединительной ткани, эндокринопатии, или результатом отравлений. Она возникает вследствие токсических или аутоиммунных влияний на волосяные сосочки, носит очаговый (нередко рубцовый), диффузный или тотальный характер. Токсические алопеции развиваются под воздействием ряда химических веществ, в том числе в процессе производственной деятельности, или при приеме некоторых лекарственных препаратов. Патологический процесс при этом, как правило, имеет диффузный характер. После прекращения воздействия химического вещества рост волос восстанавливается. Себорейная алопеция — осложнение себореи. Она развивается примерно у 25% людей, начинаясь, как правило, в период полового созревания и достигая максимальной степени выраженности к 23—25 годам. Волосы при этом становятся блестящими, жирными, как будто смазанными маслом, склеиваются в пряди. На волосах и коже располагаются более или менее плотно сидящие жирные, желтоватого цвета чешуйки. Сначала волосы выпадают умеренно, срок жизни новых волос укорачивается, они истончаются, редуют и постепенно замещаются пушковыми. Процесс часто сопровождается зудом. Нередко развиваются явления экзематизации. В последующем может наблюдаться катастрофическое выпадение волос. В этом случае появляется лысина, начинающаяся с краев лба и идущая назад к затылку или с темени по направлению ко лбу и затылку. На затылке и боковых поверхностях головы лысина всегда окаймлена узкой лентой крепко сидящих нормальных волос. Преждевременная (андрогенная) алопеция наблюдается преимущественно у мужчин, начинает проявляться в период полового созревания и формируется к 25—30 годам. Развитие этого вида облысения связано с особым действием андрогенных гормонов, что, вероятно, обусловлено наследственными факторами. Основным клиническим признаком преждевременного облысения является замещение длинных волос в височно-лобно-теменной области постепенно истончающимися пушковыми, которые со временем укорачиваются и теряют пигмент. Сначала появляются залысины в обеих височных областях, затем в патологический процесс вовлекается теменная область. Постепенно расширяясь, лобная залысина сливается с другими облысевшими участками головы. В лобно-теменной области остаются лишь вторичные пушковые волосы, которые также могут выпасть. Данная классификация не полная. В настоящее время ученые продолжают заниматься выяснением причин облысения. В частности, в Японии объединенная группа ученых Медицинской школы токийского университета Кейо (Tokyo, s Keio University) и Национального института генетики (National Institute of Genetics) обнаружила ген Sox21, который может отвечать за состояние волос. Блокировка этого гена у мышей



привела к тому, что волосы у них стали пропадать уже в 15-дневном возрасте, а затем наступало полное облысение. При этом новая шерсть медленно вырастала и быстро выпадала. Ген Sox21 присутствует и у человека. В результате исследования был сделан вывод, что отсутствие гена Sox21 вызывает слабость крепления волос в фолликулах, что, соответственно, приводит к их выпадению. Лечение алопеций достаточно сложный процесс. В первую очередь необходимо устранить нарушения функций нервной и эндокринной систем, пищеварительного тракта, печени, почек, очаги хронической инфекции, глистной инвазии и др., способствующие развитию алопеции. Для лечения применяют психотропные и ноотропные средства (сибазон, азафен, ноотропил), витамины (А, Е, поливитамины, в том числе содержащие микроэлементы), фитин, биотин, иммунокорректирующие препараты (декарис, метилурацил, Т-активин). При гнездной алопеции, кроме перечисленных препаратов, назначают ангиопротекторы (доксизум) и препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал). В тяжелых случаях назначают кортикостероидную терапию (внутри или в виде обкалывания очагов), однако она не гарантирует отсутствие рецидива заболевания, который усугубляется развивающейся стероидной атрофией кожи. При лечении себорейной и преждевременной алопеции у женщин назначают антиандрогенные препараты (диане-35 и др.). При всех видах облысения используют токи Дарсонваля. В тяжелых случаях целесообразно сочетать УФ-лучи с приемом фотосенсибилизаторов (аммифурин, бероксан) или проводить фотохимиотерапию. Также показана рефлексотерапия, в том числе лазерорефлексотерапия. Наружно применяют втирания (настойку красного перца, экстракт нафталановой нефти, репейное или касторовое масло). Полезно использование комплексных линий по уходу за волосами. Например, марка «Золотой шелк. Укрепитель луковиц волос» (маска, шампунь, бальзам-ополаскиватель, лечебная сыворотка) на основе специального комплекса пептидоВит5, который ускоряет регенерацию клеток волосяного фолликула и кожи головы, препятствует затвердеванию коллагена вокруг волосяной луковицы, восстанавливает нарушенный метаболизм в луковице волоса, укрепляет волосы, уменьшает их выпадение и усиливает рост. В состав комплекса входят: диаминопиримидин оксид, пептиды кератина, витамин РР, витамин В5 и аллантоин. Для эффективного решения проблемы выпадения волос необходимо использовать средства на основе современных активных компонентов, например Аминексил® SP94™ (линия DERCOS, Laboratoires Vichy). В состав наружного препарата Аминексил® SP94™ входят глюкозы 6-O-d линолеат и 2,4-диаминопиримидин-3 оксид — мощный локальный периферический вазодилататор и трихогенетик. Исследования B.Gautier и соавт. (2004) по изучению компонента SP94™ доказали, что новое производное линолеата глюкозы служит предшественником структурных липидов стержня волоса и источником энергии для волосяного фолликула человека. Основными составляющими трихогенного эффекта аминексила являются: пролонгация длительности фазы анагена и увеличение размеров

минимизированных волосяных фолликулов терминальных волос, открытие калиевых каналов на мембранах гладкомышечных клеток сосудистой стенки и вазодилатация, а также прямая митогенная активность в отношении клеток фолликулярного эпителия при отсутствии даже минимальной антиандрогенной активности [7, 8]. При патогенетическом лечении андрогенной алопеции у мужчин аминексил, по данным ряда клинических исследований, уменьшает потерю волос до 10%, увеличивая при этом диаметр стержня волоса [9]. Ежедневное нанесение с помощью встроенного аппликатора одной дозы либо не менее трех доз аминексила в неделю позволяет добиться значительной клинической динамики. У женщин аминексил уменьшает потерю волос в 66% случаев, диаметр стержня волоса и длина терминального волоса увеличиваются у 80% пациенток. Терапия алопеции должна основываться прежде всего на патогенетических аспектах заболевания и включать в себя весь комплекс современных лечебных средств с доказанной эффективностью и безопасностью.

ЛИТЕРАТУРА:

136. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
137. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
138. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
139. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
140. Элмуратов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
141. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
142. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
143. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ VISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ



РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.

144. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.

145. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.

146. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.

147. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.

148. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.

149. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.

150. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.

151. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JARONATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.

152. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.

153. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.

154. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.

155. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.

156. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.



157. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 103-113.
158. Нормаматов Б. П. К., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 114-121.
159. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 92-102.
160. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 158-167.
161. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.
162. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
163. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
164. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
165. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
166. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
167. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
168. Эгамбердиев А. А. и др. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 448-450.



169. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
170. Zikirayayevna S. G., Xudoyberdiyevna S. N., Jamshedovich V. J. FEATURES OF PATHOLOGY THYROID GLAND IN A WOMAN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 4. – С. 49-54.
171. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Acute cholecystitis in elderly and senile patients //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 85-88.
172. Шербеков У. А., Алиева С. З. К., Вохидов Ж. Ж. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией //Academy. – 2018. – Т. 2. – №. 6 (33). – С. 85-89.
173. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 88-90.
174. Babajanov A. S., Saydullaev Z. Y., Vohidov J. J. ROLE OF CHEMOTHERAPY IN PROPHYLAXIS OF THE LIVER ECHINOCOCCOSIS RECURRENCE //Вопросы науки и образования. – 2012. – Т. 51. – №. 2.1. – С. 88.
175. Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J., Kamariddinova K. M. Problem of recurrence of single-chamber liver echinococcosis after surgical treatment and ways to solve them (Literature review) //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 91-95.
176. Шамсиев Ж. З. Миниинвазивные вмешательства в лечении варикозной болезни //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 13 (25). – С. 95-96.
177. Сайинаев Ф. К. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 436-438.
178. Саидмуратов К. Б. и др. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 434-436.
179. Абдуллаев Х., Толибов М. Allergodermatozlar bilan bog'liq bo'lgan vulgar asneni kompleks davolash Samaraligini o'rganish //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 73-74.
180. Абдуллаев Д. М., Тошев С. У., Толибов М. М. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 254-256.